

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Outi Nenonen
Marjaana Waris

TYYPILLISIMMÄT RATSASTUSTAPATURMAT JA NIIDEN EN-
SIAPU – ENSIAPUKOULUTUSTA POHJOIS-KARJALAN URHEI-
LURATSASTAJILLE

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijät
Outi Nenonen, Marjaana Waris

Nimeke
Tyypillisimmät ratsastustapaturmat ja niiden ensiapu – Ensiapukoulutusta Pohjois-Karjalan urheiluratsastajille

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajat (PKuR)

Tiivistelmä

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajien (PKuR:n) jäsenille ensiapukoulutusta tutkittuun ja käytännössä hankittuun tietoon perustuen. Tulevina sairaanhoitajina haluttiin saada lisäkokemusta erilaisten ryhmien ohjaamisesta ja kouluttamisesta. Ensiapukoulutuksen tehtävänä oli parantaa seuran jäsenten ensiaputaitoja ja –tietämystä, koska oikein toimimalla voi pelastaa ihmisen hengen.

Ensiapukoulutuksen suunnittelu aloitettiin keräämällä tietoa ratsastustapaturmista ja niissä tapahtuvista vammautumisista. Ensiapukoulutuksen sisältö rajattiin hätäensiapuun ja viiteen tyypillisimpään tapaturmaan. Ennen koulutuksen pitämistä tutustuttiin erilaisiin oppimisen ja ohjaamisen muotoihin. Ensiapukoulutusta varten hankittiin teoriatietoa ryhmän vuorovaikutuksesta ja motivoimisesta.

Ensiapukoulutus järjestettiin lauantaina 18.1.2014 PKuR:n toimitalolla. Kolme tuntia kestänyt ensiapukoulutus sisälsi teoriaosuuden ja käytännönharjoitteet. Teoriaosuutta havainnollistettiin dia-esityksellä. Teorian jälkeen ensiaputaitoja harjoiteltiin käytännössä. Kurssilaisilta kerättiin kirjallinen palaute, ja sen perusteella kurssi koettiin hyvin toteutetuksi. Kokonaiskeskiarvo ensiapukoulutuksesta oli 4,4 arviointiasteikolla 1–5.

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheen valinta oli mielenkiintoinen. Ensiapukoulutuksen järjestäminen antoi tuleville sairaanhoitajille arvokasta kokemusta ohjaamisesta ja kouluttamisesta.

Kieli
suomi

Sivuja 48
Liitteet 4
Liitesivumäärä 9

Asiasanat
tapaturma, ensiapu, kouluttaminen, ohjaaminen



THESIS
April 2014
Degree Programme in nursing
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 504 054 816

Authors
Outi Nenonen, Marjaana Waris

Title
The Most Typical Horse Riding Accidents and Their First Aid - First Aid Training for the North Karelian Horseback Riders

Commissioned by
The North Karelian Horseback Riders (PKuR)

Abstract

The aim of this practical thesis was to arrange first aid training for members of the North Karelian Horseback Riders. Training was planned based on the existing research in this sphere and on the fieldwork carried out by the authors. This study was conducted in order to get more experience in training and guiding different groups, and in order to improve the first aid skills of the members of the riding club. Knowing basic first aid techniques is a crucial part of treating injuries and in some cases even saving lives.

The first aid training was planned by collecting data about horse riding events and various accidents occurring in them. The authors then familiarized themselves with different learning and teaching methods, as well as with the dynamics of group interaction and motivation. The content of training was defined to include emergency first aid and treatment of five most typical riding accidents.

The first aid training was held on Saturday January 18, 2014 at the office building of the North Karelian Horseback Riders. The training lasted for three hours and began with a theory part, which was supported with a slideshow presentation. The latter part of the training contained practical exercises, where the first aid techniques were practiced together. The written feedback received from the participants indicated that training had been well-organized and got an overall average of 4.4 on the scale of 1-5.

Choosing the topic for this practical thesis was interesting, and organizing the first aid training gave valuable experience in guiding and training.

Language
Finnish

Pages 48
Appendices 4
Pages of Appendices 9

Keywords
accident, first aid, training, guiding

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1 Johdanto	5
2 Ensiavun käsitteet ja tyypillisimmät tilastoidut tapaturmat.....	6
2.1 Ensiapu ja hätäensiapu	6
2.2 Tapaturma	6
2.3 Tyypillisimmät tilastoidut ratsastustapaturmat.....	7
3 Tyypillisimmät ratsastustapaturmat ja niiden ensiapu	9
3.1 Toiminta onnettomuuspaikalla	9
3.2 Tajunnan tarkastaminen ja ilmateiden avaaminen.....	10
3.3 Tajuttoman kylkiasento	11
3.4 Aikuisen peruselvytys	12
3.5 Murtumat.....	14
3.6 Ruhjeet ja mustelmat	18
3.7 Aivotärähdys	19
3.8 Selkävammat.....	20
4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät	21
5 Opetus ja ohjaaminen sairaanhoitajan työssä	22
5.1 Opetus- ja oppimisprosessi.....	22
5.2 Vuorovaikutus osana työnkuvaa ja ohjausta.....	23
5.3 Motivoiva ja hyvä ohjaaja.....	25
6 Opinnäytetyön toteutus ja työstä aiheutuneet kustannukset	27
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	27
6.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä sekä toimintaympäristö.....	28
6.4 Opinnäytetyön eteneminen ja ensiapukoulutuksen toteutus.....	29
6.5 Koulutuksesta saatu palaute ja itsearviointi	31
6.6 Kustannukset.....	32
7 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	33
8 Pohdinta.....	34
Lähteet.....	36

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Koulutuskutsu
Liite 3	Palautelomake
Liite 4	PowerPoint-esitys

1 Johdanto

Suomessa tapahtuu vuosittain 17 000 ratsastustapaturmaa. Ratsastustapaturma aiheutuu yleisimmin hevosen selästä putoamisesta. Tyypillisimpiä vammoja, joita putoamisen seurauksena syntyy, ovat ruhjeet, murtumat ja venähdykset. Tyypillisimmin vamma kohdistuu päähän, käsiin tai jalkoihin. Ratsastustapaturmia sattuu eniten 11–20 vuotiailla. Oikeaoppisella ensiavulla pystytään lievittämään vamma-alueen kipua ja ennaltaehkäisemään vakavampia vammoja.

Tutkittuamme Suomen Ratsastajainliiton internetsivuja, huomasimme, ettei ensiapukoulutusta tarjottu automaattisesti ratsastuksen harrastajille. Ensiaputaitoja edellytetään ainoastaan ratsastusta opettavilta henkilöiltä. Halusimme jakaa omaa ammattitaitoamme ja saada kokemusta kouluttamisesta ja ohjaamisesta, joten päätimme järjestää ensiapukoulutuksen. Koulutustapahtumaan valmistauduimme lukemalla opetusta ja ohjausta käsitteleviä teoksia. Luimme myös teoksia, joissa sairaanhoitajan keskeisenä roolina oli ohjaaminen.

Järjestimme ensiapukoulutuksen Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajien (PKuR) jäsenille, koska koimme tärkeäksi, että mahdollisimman moni osaisi antaa ensiapua loukkaantuneelle henkilölle. Koulutus kesti kolme tuntia, sisältäen teoriaosuuden, käytännön harjoitteet sekä palautteen.

Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona (liite 1). Toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajat (PKuR). Ensiapukoulutuksen sisältö suunniteltiin niiden tietojen pohjalta, mitä saimme selville tapaturmatilastoista sekä haastatteleamalla alalla toimivia ratsastuksenopettajia.

2 Ensiavun käsitteet ja tyypillisimmät tilastoidut tapaturmat

2.1 Ensiapu ja hätäensiapu

Ensiavulla tarkoitetaan niitä toimia, joita tehdään loukkaantuneelle tapahtumapaikalla hänen pelastamiseksi (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012a).

Tavallisesti ensiapu aloitetaan tapahtumapaikalla ilman apuvälineitä (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007, 25).

Hätäensiavulla, eli henkeä pelastavalla ensiavulla, tarkoitetaan niitä ensiaputoimenpiteitä, joilla pelastetaan ihmisen henki, estetään autettavan tilan heikkeneminen sekä huolehditaan, että ammattiapu saadaan paikalle (Suomen Punainen Risti 2012). Hätäensiaputoimenpiteitä ovat loukkaantuneen henkilön tajunnan ja hengityksen tarkastaminen sekä näkyvien verenvuotojen ja uhkaavan sokin oireiden tarkastaminen (Sahi ym. 2007, 25–27).

Uhkaavan hätätilanteen merkkejä ovat muun muassa runsas verenvuoto, autettavan reagoimattomuus puhutteluun, hengittämättömyys tai verenkierron merkkien puuttuminen. Liikehtiminen, silmien avaaminen, ääntely ja nieleminen ovat verenkierrosta ilmaisevia merkkejä. (Suomen Punainen Risti 2012.) Hätäensiavun jälkeen, kun on turvattu potilaan peruselintoiminnot eli hengitys ja verenkierto, voidaan siirtyä ensiaputoimenpiteisiin, joita ovat muiden vammojen tai oireiden selvittäminen, murtumien tukeminen, haavojen sitominen, autettavan suojaaminen kylmältä, tarkkailu ja rauhoittaminen (Sahi ym. 2007, 25).

2.2 Tapaturma

Tapaturma on äkillinen, tahaton ja odottamaton, ja sen seurauksena henkilö loukkaantuu vakavasti, lievemmin tai jopa menehtyy. Käsite tapaturma muodostuu kahdesta eri osasta, joita ovat onnettomuustapahtuma ja siitä aiheutuva henkilövahinko. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.) Vammalla tarkoitetaan tilannetta, jossa keho kohtaa yllättäen sietokykynsä nähden liian suuren vas-

tuksen. Onnettomuus ei ole ennakoitavissa, ja se voi aiheutua mekaanisesta iskusta, liian suurista lämpötilan vaihteluista, kemiallisesti tai säteilyn seurauksena. (Bartolomeos, Branche, Hyder, Oyegbite, Ozanne-Smith, Peden, Rahman & Rivara 2008.) Luokiteltaessa tapaturmia, ne luokitellaan tapahtumatilanteen perusteella liikenne-, työ-, koti- ja liikuntatapaturmiin sekä muihin vapaa-ajan tapaturmiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Vuosittain Suomessa loukkaantuu tapaturman seurauksena 800 000 ihmistä saamalla fyysisen vamman, ja 3 000 ihmistä kuolee. Suurin osa, lähes 90 prosenttia, tapaturmaisista kuolemista on koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Vuosittain palo- ja tukehtumiskuolemia tapahtuu yhteensä noin 200, myrkytyskuolemia yli 800, hukkumiskuolemia lähes 200 sekä kaatumis- ja putoamiskuolemia noin 1 200. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

2.3 Tyypillisimmät tilastoidut ratsastustapaturmat

Kari Haikosen ja Anne Lounamaan toimittamassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa ”Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009 Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia” selviää, että vuonna 2009 ratsastuksessa sattui 17 000 tapaturmaa, mikä on melkein kolmannes vähemmän kuin jalkapallossa (45 000 tapaturmaa). Verrattaessa hiihtoon, ratsastuksessa tapahtui 7 000 tapaturmaa enemmän kuin hiihdossa. Jääkiekko 19 000 tapaturmalla ja kuntosalitoiminta sekä bodaus 15 000 tapaturmalla olivat ratsastuksen kanssa tapaturmaisimpien harrastusten joukossa. Naisten osuus ratsastustapaturmissa oli noin 16 000 ja miesten vajaa 1 000 tapautta. (Haikonen & Parkkari 2009, 27–30.)

Tutkimuksessa on tullut ilmi, että tyypillisimpiä liikuntavammoja, joita on sattunut kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa lajeissa, olivat nyrjähdykset ja venähdykset, joita oli lähes puolet kaikista tapaturmista. Lihasrepeämiä ja nivelten sijoiltaan menoja sattui 16 prosentille. 12 prosentille tuli ruhjeita tai mustelmia, sekä 10 prosentille aiheutui liikuntatapaturman seurauksena luunmurtuma. Ensiapua, muulta kuin lääkäriltä saatua, sai kaikkiaan 26 000 tapaturman uhria. (Haikonen & Parkkari 2009, 27–30.)

Minttu Levosen ja Janica Miettisen Haaga–Helia ammattikorkeakoulussa vuonna 2009 valmistuneessa opinnäytetyössä ”Ratsastustapaturmat ja turvallisuus talleilla, Case: Suomen Ratsastajainliitto” todettiin, että ratsastustapaturmia sattui eniten 11 - 20-vuotiaille (31 %), toiseksi eniten 21 - 30-vuotiaille (26 %) ja kolmanneksi eniten 31 - 40-vuotiaille (19 %). Tyypillisimpiä ruumiinosia, joihin vamma sattui, olivat pää (11 %), polvi (10 %), kämmen sekä sormet (9 %) ja olkapää, sekä lantion alueen pehmytkudokset (6 %). Tapaturmien pohjalta oli tehty diagnooseja. Ruhjeet olivat yleisin diagnoosi, (43 %), toiseksi yleisin murtumat (29 %) ja kolmanneksi yleisimmät venähdykset (15 %) kaikista tapaturmista. Aivo- ja selkäydinvammat olivat harvinaisia, niitä oli kaikkiaan 754 tapaturmasta yhteensä neljä. (Levonen & Miettinen 2009, 38–48.)

Lisäksi keräsimme puhelinhaastatteluilla Pohjois-Karjalan alueella toimivilta neljältä ratsastuksenopettajalta tietoa heidän käytännön kokemuksistaan ratsastustapaturmista. Kaikkien haastateltavien näkemysten ja kokemusten perusteella he pitivät tyypillisimpänä ratsastustapaturmana putoamista, jonka seurauksen syntyy olkapää-, solisluu-, ranne- ja sormimurtumia, ruhjeita ja mustelmia, aivotärähdyksiä ja selkävammoja. Kun kysyttiin ratsastuksenopettajien toiveita ensiapukurssille, he mainitsivat tärkeimmiksi asioiksi tapaturmien ennaltaehkäisyn sekä onnettomuustilanteessa toimimisen taidon. (Kallio–Ratilainen 2013; Kinnunen 2013; Martikainen 2013; Mustonen 2013.)

Ratsastuksenopettajien työelämässä hankittuja kokemuksia tyypillisimmistä ratsastustapaturmista verrattiin tutkittuun tietoon. Näiden kaikkien tietolähteiden pohjalta valittiin opinnäytetyöhön tyypillisimmät vammat, joiden ympärille ensiapukoulutus rakennettiin.

3 Tyypillisimmät ratsastustapaturmat ja niiden ensiapu

3.1 Toiminta onnettomuuspaikalla

Onnettomuustilanteessa ensimmäisenä paikalle saapuvan henkilön tärkein ja ensimmäinen tehtävä on tilanteen kokonaisvaltainen arvio. On selvítettävä nopeasti mitä on tapahtunut ja mitä tilanteen selvittäminen vaatii. Paikalle saapuneen on muistettava oma turvallisuus, ettei itse joudu autettavaksi. Tilanearvion jälkeen seuraa konkreettinen auttaminen. Kun onnettomuuden uhrin tila on selvitetty, autetaan häntä itse tai hälytetään tarvittaessa apua numerosta 112. (Korte & Myllyrinne 2012, 9–11.)

Hätäilmoituksen tekeminen on tärkeää silloin, jos tilanne vaatii ammattiapua tai auttaja ei tiedä, miten tilanteessa pitää toimia. Soitetaan rauhallisesti, kerrotaan soittajan nimi ja mitä on tapahtunut. Ennen lisäävun kutsumista soittajan pitää olla selvillä tilanteesta sekä uhrien määrästä ja vahinkojen laadusta. Hätäkeskukselle kerrotaan tarkka onnettomuuspaikan osoite, ja ilmoituksen tekijä itse tai mahdollisesti joku muu paikalla oleva opastaa avun perille. Hätäkeskuksen työntekijät opastavat jatkotoimenpiteisiin ja antavat luvan puhelun lopettamiseen. Soittaja ei tee sitä itse. (Korte & Myllyrinne 2012, 18.)

Jos paikalle tarvitaan lisääpua, on tärkeää toimia odottaessa selkeästi ja rauhallisesti. Tarkkaillaan ympäristöä ja huomioidaan muut paikallaolijat. Rauhoitetaan ja varoitetaan ja tarvittaessa pyydetään toisilta apua. Sivulliset voivat opastaa ammattiauttajia paikalle ja hankkia ensiapuvälineitä, jos sellaisia on saatavilla onnettomuuden läheisyydessä. Joskus tilanne on sellainen, että uhrin tilan selvittyä, ei voi tehdä mitään muuta kuin odottaa apua. Tärkeää on huolehtia, ettei lisävahinkoja synny, eikä potilaan tila huonone väärin toimenpiteiden seurauksena. Sääolosuhteet on huomioitava, ettei loukkaantunut palellu esimerkiksi maassa maatessaan. Varmistetaan, että potilaan sijainti on turvallinen ja peitelään potilas mahdollisimman hyvin lämpöhukan välttämiseksi. (Korte & Myllyrinne 2012, 9–10.)

Autettavan kohtaamisessa on hyvä miettiä, miten itse toivoisi toimittavan, jos olisi autettavana. Rauhallisuus vähentää omaa pelkoa, vaikka auttamistilanne on usein yllättävä ja pelottava. Potilasta rauhoittaa jo toisen läsnäolo ja tieto siitä, että apua on tulossa. Esittäydytään ja kerrotaan, mitä aiotaan tehdä. Seurataan ympäristöä ja estetään uteliaat katsojat ja heidän kysymyksensä. Huolehditaan potilaasta, eikä poistuta hänen läheltään. Ollaan siis lähellä ja jos apua ei haluta, hyväksytään sekin. Muistetaan puhua myös tajuttomalle, sillä hän yleensä kuulee, vaikka ei kykene vastaamaan puheeseen. Uhrin ollessa sekava yritetään kuitenkin puhutella häntä ja samalla koetetaan saada hänet rauhoittumaan. Jos pelkää auttamista, hälytetään lisäapua, eikä poistuta paikalta huomioimatta tilannetta. (Korte & Myllyrinne 2012, 10–11.)

3.2 Tajunnan tarkastaminen ja ilmateiden avaaminen

Hätäensiavun ensimmäisenä vaiheena on tarkastaa, onko autettava hereillä, tai heräteltävissä puhuttelemalla äänekkäästi sekä ravistelemalla. Jos autettava ei herää tai vastaa puhutteluun, hän on silloin tajuton ja tarvitsee ammattiapua hätäensiavun lisäksi. (Sahi ym. 2007, 25.) Tajuttomuus tarkoittaa tilaa, jossa ihminen ei reagoi kehon ulkopuolelta tuleviin ärsykkeisiin (Hiltunen 2002, 341).

Jos potilas ei herää ravisteluun ja puhutteluun, soitetaan yleiseen hätänumeroon 112. Tämän jälkeen saadaan hätäkeskuksesta ohjeita ja neuvoja kuinka toimia. Jos potilas ei ole selällään, hänet käännetään selälleen ja avataan ilmatiet. Ilmatiet avataan loukkaantuneelta siten, että loukkaantuneen ollessa selinmakuulla hänen päätä taivutetaan taaksepäin. Auttaja asettaa kämmenen autettavan otsalle ja toisen käden etu- ja keskisormella nostaa autettavan leukaa ylöspäin. Samalla otsasta painamalla taivutetaan päätä taaksepäin. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Ilmateiden avaaminen, ennen hengityksen tarkastamista, tajuttomalta ihmiseltä on tärkeää, koska tajuttoman ihmisen nielun lihakset ovat veltot ja kieli painuu nieluun tukkien hengitystiet. Alaleukaa nostettaessa kieli nousee nielusta pois, jolloin ilmatiet vapautuvat ja hengitys voi kulkea vapaasti. Tarkistetaan, liikkuuko

rintakehä, onko hengitys normaalia, epänormaalia, vai onko se lakannut kokonaan ja tuntuuko ilmavirtaus. Tunnustellaan ilmavirtausta kämmenselällä tai poskella, sekä kuunnellaan samalla suusta ja sieraimista tulevaa hengitystä. Hengityksen tarkastamiseen tulee käyttää aikaa enintään kymmenen sekuntia. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Normaalisti aikuinen ja kouluikäinen hengittävät levossa noin 12–18 kertaa ilmaa keuhkoihinsa minuutissa. Alle 1-vuotiaan lapsen hengitystaajuus on noin 30 kertaa, 1–2 -vuotiaan 25 kertaa ja 3–4 -vuotiaan 20 kertaa minuutissa. Viidestä ikävuodesta ylöspäin hengitystaajuus muuttuu aikuisten hengitystaajuuden mukaiseksi. On huomioitava, että hengitystaajuus pienenee iän myötä. (Ruuskanen, Saxén & Mertsola 2013.) Hapen kulkeutuminen keuhkoista muihin elimistöön on hyvin tärkeää, koska solut alkavat tuhoutua ja aiheuttavat vaurioita nopeasti. Aivokudoksen solut sietävät hapettomuutta heikoimmin, ja siksi aivot voivat vaurioitua jo 4–6 minuutin kuluttua sydänpysähdyksestä. (Castrén ym. 2012b.)

Tajunnan heikkenemiselle yleisimpiä syitä ovat aivoperäiset syyt, muun muassa kouristelu, aivovamma, aivoinfarkti, keskushermoston infektio tai kallonsisäinen verenvuoto ilman ulkoista syytä. Lisäksi on vielä olemassa muita yleisiä syitä, jotka voivat johtaa tajunnan heikkenemiseen. Näitä syitä ovat muun muassa riittämätön verenkierto, yleinen hapenpuute, alhainen verensokeri tai myrkytystila. (Castrén ym. 2012, 341.) Tajuttomuudelle on runsaasti taustasyitä, mutta yleisimpiä sairaalan päivystykseen tulevien potilaiden syitä ovat aivoverenvuoto tai aivoverenkiertohäiriöt sekä myrkytykset ja vammat (Alaspää 2008, 289).

3.3 Tajuttoman kylkiasento

Herättelyyn reagoimaton autettava, joka ilmäteiden avaamisen jälkeen hengittää normaalisti ja on tajuton, asetetaan kylkiasentoon hengityksen turvaamiseksi (Käypä hoito -suositus 2011). Aluksi autettava makaa selällään, jolloin auttajaa lähempänä oleva autettavan käsi asetetaan yläviistoon maahan ja toinen käsi rinnan päälle. Auttajaa kauempana oleva autettavan jalka nostetaan kouk-

kuun polvesta. Autettavaa tartutaan hartiasta ja koukussa olevasta jalasta ja hänet käännetään kyljelleen auttajaan päin. Autettavan ollessa kyljellään asetetaan hänen ylempi käsi kämmen puoli alaspäin posken alle. Päällimmäinen jalka jätetään koukuun. Lisäksi tarkistetaan, että hengitystiet ovat auki. Autettavan vointia seurataan ammattiavun tuloon asti. (Suomen Punainen Risti 2012.)

3.4 Aikuisen peruselvytys

Peruselvytyksellä tarkoitetaan painelu-puhalluselvytystä johon mahdollisuuksien mukaan yhdistetään defibrilointi puoliautomaattisella defibrillaattorilla. Defibriloinnin tarkoituksena on johtaa sydämen läpi kymmenen millisekunnin kestoisen tuhansien volttien tasavirta-sähköisku, jonka seurauksena sydänlihassolut supistuvat, ovat hetkellisesti levossa, ja jonka jälkeen sydämen oma tahdistus voi alkaa toimia normaalisti. (Kinnunen & Kurola 2002, 281–286.) Peruselvytyksellä pidetään siis keinotekoisesti elimistön verenkiertoa yllä (Sahi ym. 2007, 61). Elvytyksen tarkoituksena on käynnistää pysähtynyt sydän. Sydänpysähdyksellä tarkoitetaan sitä, että sydäimestä on loppunut mekaaninen toiminta tai sydämessä voi olla vielä toimintaan, mutta se ei riitä veren kierrättämiseen elimistössä. (Väyrynen & Kuisma 2008, 188.)

Äkillisten sydänpysähdysten määrä, sairaalan ulkopuolella, on 75–92 tapausta 100 000 asukasta kohti vuodessa, tarkastelutavasta riippuen. Koti on yleisin paikka, missä sydänperäinen sydänpysähdys tapahtuu, toiseksi yleisin on julkinen paikka ja pieni osa, vain kaksi prosenttia, työpaikoilla. Vuorokauden ajalla on merkitystä sydänpysähdykseen, sillä kello 6–13 sattuu 75 prosenttia kammiovärinäistä. Fyysisessä rasituksessa sattuu vain pieni osa sydänpysähdyksistä, sillä liki 90 prosenttia sattuu kevyessä työssä tai levossa. (Väyrynen & Kuisma 2008, 193.)

Sydänpysähdysten syitä ovat sydämen äkilliset toimintahäiriöt, joita ovat sydämen vakava rytmihäiriö ja kammiovärinä. Kammiovärinäessä sydänlihas vielä supistelee ja on sähköisesti aktiivinen, mutta se ei pysty enää pumppaamaan verta elimistöön ja verenkierto loppuu. Lisäksi sepelvaltimotukos eli sydäninfark-

ti, hapenpuute, vierasesine hengitysteissä tai hukuksiin joutuminen voivat aiheuttaa sydänpysähdyksen. Edellisten lisäksi vamma, kuten runsas verenvuoto tai isku rintakehään, voivat johtaa samaan lopputulokseen. (Sahi ym. 2007, 62). Joillakin potilailla voi olla ennakko-oireita, jotka voivat viitata tulevaan sydänpysähdykseen. Yleisimmät oireet ovat rintakipu ja hengenahdistus. Ennakko-oireiden ilmaantuessa soittaminen hätänumeroon 112 ei saisi olla korkea, ettei jouduttaisi tilanteeseen, joka aiheuttaa sydänpysähdyksen. (Väyrynen & Kuisma 2008, 194.)

Nopealla peruselvytyksen aloittamisella on suuri merkitys siihen, miten eloton potilas selviää elvytyksestä. Nopeasti aloitettu peruselvytys jopa kaksin- tai kolminkertaistaa elottoman mahdollisuuden selvitä. (Castrén ym. 2012c.) Tärkeimmät ratkaisevat tekijät ovat ne, kuinka paljon kuluu aikaa sydämenpysähdyksen havaitsemiseen, hätänumeroon 112 soittamiseen, maallikon nopeasti aloittamaan peruselvytykseen, varhaiseen defibrillointiin sekä ammattilaisten jatkamaan hoitoelvytykseen (Virkkunen 2008).

Kohdattaessa autettava, joka ei herää herättelyyn, soitetaan hätänumeroon 112. Samalla avataan ilmatiet päätä taaksepäin taivuttamalla. Jos autettava ei ilmateiden avaamisen jälkeen hengitä normaalisti, on eloton, aloitetaan peruselvytys. Elvytyksen aloittamispäätökseen saa kulua enintään kymmenen sekuntia aikaa. (Käypä hoito -suositus 2011.) Maallikko tunnistaa elottomuuden reagoimattomuutena sekä hengittämättömyytenä (Väyrynen & Kuisma 2008, 188). Eloton käännetään selinmakuulle kovalle alustalle (Käypä hoito -suositus 2011). Lisäksi elottoman ympärille raivataan lisätilaa (Kurola 2009, 10). Elottoman viereen mennään polvilleen, ja auttaja asettaa toisen käden kämmentyven keskelle elottoman paljastettua rintalastaa ja toisen käden sen päälle. Sormet ovat ojennettuina tai lomittain koukistettuina, kuitenkin siten, etteivät ne osu rintakehään. Elottoman viereen asetutaan siten, että käsivarret ovat suorina ja hartiat kohdittuoraan elottoman rintakehän yläpuolella. Painelun tulee tapahtua mäntämaisesti niin, että painelu- ja kohoamisvaiheet ovat yhtä pitkiä. (Käypä hoito -suositus 2011.) Peruselvytys aloitetaan 30 painalluksella. Paineluelvytyksen tarkoituksena on saada aikaan rintakehän ja sydämen sisäisen paineen vaihtelu, jolloin veri kiertää elimistössä. Painelupaikka on keskellä rintalastaa. (Sahi

ym. 2007, 64.) Painelussyvyys on hyvä, kun elvytettävän rintakehä painuu 5–6 senttimetriä alaspäin. Painelutaajuus on 100 kertaa minuutissa, ei yli 120 kertaa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Paineluelvytyksen, eli 30 painelun jälkeen, siirytään puhalluselvytykseen. Avataan elottoman hengitystiet päätä taaksepäin taivuttamalla. Otsaa painavan käden sormilla, peukalo-etusormiotteella, suljetaan elottoman sieraimet ja tämän jälkeen vedetään ilmaa keuhkoihin ja painetaan huulet tiiviisti elottoman suulle. Puhallettaessa kaksi kertaa ilmaa elottoman keuhkoihin, tarkkaillaan samanaikaisesti, nouseeko autettavan rintakehä. Yhden puhalluksen kesto on noin yksi sekunti. Puhalluksen ei pidä olla liian nopea, eikä voimakas. Riittävä puhallettava ilmamäärä on sellainen, että elottoman rintakehä lähtee kohoamaan. Käytännössä aikuisen kohdalla se tarkoittaa 500–600 millilitraa, eli normaalia uloshengitettävää ilmamäärää. Puhallusten välissä nostetaan suu elottoman suulta pois. Jos rintakehä ei kohoaa, eikä ilmaa mene keuhkoihin, tulee suu puhdistaa puhallusten välissä elottoman päätä kääntämällä sivulle ja poistamalla sormin mahdolliset tukoksen aiheuttajat, esimerkiksi eritteet, irralliset hammasproteesit ja purukumi. (Sahi ym. 2007, 65.)

Peruselvytystä jatketaan rytmillä 30 painallusta ja kaksi puhallusta niin kauan kunnes hengitys palautuu, ammattiapu tulee paikalle, tai ei jaksakaan enää elvyttää. Jos elvyttäjiä on useampia kuin yksi, elvytys tehdään siten, että jokainen elvyttää vuorollaan noin kaksi minuuttia, jonka jälkeen vuoro siirtyy seuraavalle elvyttäjälle. (Sahi ym. 2007, 65.)

3.5 Murtumat

Ihmisessä on 206 yksittäistä luuta, ja kaikki ne ovat mahdollisia murtuman kohteita. Luu voi murtua silloin, kun siihen kohdistuu suorasti tai epäsuorasti painetta, kiertoa tai riuhtaisua. Autokolarissa tai henkilön kaatuessa luuhun kohdistuu niin suuri paine, ettei se kestä sitä, vaan murtuu. Epäsuorassa tapahtumassa isku murtaa luun heikoimman kohdan, vaikka se ei ole iskun läheisyydessä. Tyypillisesti kaatuessa, kun kädellä suojataan kehoa, kyynärvarressa oleva

värttinäluu murtuu. Kun pudotaan jostain, selkärangan murtumat ovat mahdollisia. Murtuma voi muodostua edellisten lisäksi ilman mitään ulkoista iskuja tai traumaa. Silloin kyseessä on luun heikkous, luun heikkeneminen, eli osteoporoosi. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 696.)

Murtumalla tarkoitetaan tilannetta, missä luukudos pettää ja luun rakenne muuttuu muotoaan. Murtumatapahtumaan vaikuttavat eniten luuhun kohdistuvan kuormituksen voima ja suunta, mistä suunnasta se tulee. Pelkästään luuhun kohdistuva isku tai vamma ei määrittele aiheutuvan murtuman vakavuutta, vaan myös henkilön henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten luukudoksen ominaisuudet ja luumassan määrä vaikuttavat tapahtumiin. Ikääntyessä luun rakenteellinen kestävyys paranee ja luu selviää nuoria paremmin taivutuksista ja luuhun kohdistuvista kiertoliikkeistä. (Aro & Kettunen 2010, 211.)

Olipa kyseessä millainen murtuma tahansa, luunmurtuman hoidon tärkein tavoite on saada vaurioitunut kehonosa toimimaan mahdollisimman pian normaalisti. Hoitomenetelminä käytetään joko konservatiivista tai operatiivista hoitoa. Murtumakohdat on saatava nopeasti normaaliasentoon hyvän luutumisen vuoksi. Murtumaan voi liittyä pehmytkudosvammoja, joiden hoito on arvioitava tapauskohtaisesti, mutta kuitenkin niin, ettei aiheudu tarpeettomasti lisävahinkoja. (Aro & Kettunen 2010, 227.) Murtumiin liittyy aina verenvuotoa. Jos murtumaan liittyy haava (avomurtuma), vuoto voi olla umpimurtumaan nähden kaksinkertainen. (Väisänen & Lassus 2002, 632.)

Murtuman lisäksi potilas voi kärsiä lihasten, luuytimen, hermojen ja nivelsiteiden vammoista. Verenkierto voi estyä kokonaan, jos valtimot vaurioituvat, ja sen seurauksena voi kehittyä raajaan kuolio. Hengenvaarallinen tilanne aiheutuu aina selän ja selkäytimen vaurioissa, ja niiden seurauksena voi olla vakava vammautuminen. (Castrén ym. 2012d.)

Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan vaurioituneiden luukudosten pakoilleenlaittamista ja -tukemista, kunnes luukudos kestää liikuttelua ja varaamista. Konservatiivinen hoito valitaan myös luutumisenopeuden ennusteen perusteella. Operatiiviseen hoitoon päädytään silloin, jos luunmurtuma on pirstaleinen ja

vaatii parantuakseen tukirakenteita, kuten naulauksia. Molempiin hoitomuotoihin liitetään toiminnallinen kuntoutus, mitä jatketaan siihen asti, kunnes raajan normaali toimintavalmius saavutetaan. (Aro & Kettunen 2010, 227.)

Murtumakohta olisi saatava mahdollisimman hyvin tuetuksi, etteivät luunpää pääse liikkumaan. Luiden oikealla asennolla pystytään vähentämään kipua ja estämään lisävammojen syntymistä. Murtumakohta voi muuttua avomurtumaksi, jos luiden päät pääsevät liikkumaan vapaasti ennen hoitotoimenpiteitä. Avomurtumassa infektioiden esiintyminen ja muiden komplikaatioiden riski on umpimurtumaa todennäköisempää. Ensiaputilanteessa tapaturmapaikalla ei suoriteta vammakohdan puhdistamista, vaan keskitytään raajan tukemiseen lastoitamalla. Murtunut raaja asetetaan kohoasentoon ja lisäksi laitetaan kylmää turvotuksen ja verenvuodon vähentämiseksi. (Väisänen & Lassus 2009, 632.)

Olkaluun sijoiltaanmeno tapahtuu äkillisen riuhtaisun seurauksena tai silloin, kun henkilö kaatuu ojennetun raajan päälle. Olkanivelelle ei tehdä tapahtumapaikalla mitään paikalleen asettamisia, vaan loukkaantunut viedään sairaalaan. Tyypillisesti olkaniveleen loukkaantunut ei kykene liikuttamaan kättä kivusta johtuen. Ensiapuna tapahtumapaikalla loukkaantunutta rauhoitellaan ja olkapää tuetaan liikkumattomaksi kantositeen avulla. Kantositeeksi käy myös jokin riittävän suuri kangas, ellei ensiaputarvikkeita ole saatavilla. (Väisänen & Lassus 2009, 633.)

Olkapään alue on mahdollisesti erittäin kipeä ja arka liikuttamiselle, joten loukkaantuneen oloa voi koettaa helpottaa siten, että raajaa riiputetaan esimerkiksi penkillä vatsallaan maaten, jolloin käsi riippuu vapaasti lattiaa kohden. Loukkaantuneen olkapää tarvitsee röntgentutkimuksen, mutta sitä ei reponoida eli aseteta paikoilleen ennen sairaalaan menoa. (Väisänen & Lassus. 2009, 633.)

Solislun tehtävänä on liittää yläraaja vartaloon tukevilla nivelsiteillä. Solisluu hun kiinnittyy lihaksia, ja se toimii alla kulkevien verisuonten ja hermojen suojana. Solislun murtuma on varsin tavallinen seuraus liikenneonnettomuudessa tai kaatumisessa. Tyypillistä solislun vammalle on, että se on hyvin kivulias ja se estää yläraajan liikuttamisen lähes kokonaan. Virheasento muodostuu ylä-

vartalossa, ja murtuma on usein nähtävissä kohonneena luunkappaleena. Solisluun tutkiminen ja murtuman laatu on tutkimuksin selvitettävissä ja aina on turvallava verenkierto ja neurologian toimiminen yläraajassa. (Björkenheim, Paavola, Pajarinen, Sinisaari & Savolainen 2010, 431.)

Solisluun vamman hoitoon ja ensiavuksi riittää yleensä kantoside. Kaularanneiteella tuetaan käsi liikkumattomaksi. Murtuma saadaan kivuttomaksi kolmessa viikossa, ja luutumisen tapahtuu kuudessa viikossa. Hoitomenetelmän valinnassa on huomioitava vamman vakavuus. Kun havaitaan pirstaleita, luun lyhentymää tai vakavaa sijoiltaanmenoa, päädytään operatiiviseen hoitoon ja traumakohtaan asetetaan tukikiinnitteitä. (Björkman ym. 2010, 432.)

Ranteenalueen murtumat ovat yleensä umpimurtumia, ja niiden paranemisenuste on hyvä (Kallio 2010, 653). Ranne muodostuu kahdesta pitkästä luusta, värttinä- ja kyynärluusta, sekä pienistä ranneluista. Luiden välissä on lukuisia nivelpintoja, jotka mahdollistavat käden tarkat liikkeet. Murtuma tai jokin muu, kuten nivelsidevamma, muuttaa ranneluiden asentoa ja seurauksena on kipu, tai toimintahäiriö. (Göransson 2010, 451.)

Yleisin rannemurtuma on radius eli värttinäluunmurtuma. Kaatuminen tai tipahdaminen ojennetun käden varaan aiheuttaa murtuman. Vamman tutkimisessa ja todentamisessa käytetään röntgentutkimusta. Hoitona radiusen murtumissa käytetään murtumakohdan vetoa. Se tarkoittaa, että vammautunut raaja ja murtumaseutu vedetään varovasti oikeaan asentoon, jonka jälkeen ranne tuetaan kipsilastalla hyvään asentoon. Kipsilasta on murtuneen raajan tukena 4–5 viikkoa, ja kipsatun raajan asentoa tutkitaan röntgenin avulla. Jos paranemisessa huomataan virheitä, kipsi ja paikoilleenveto uusitaan, tai päädytään operatiiviseen eli leikkaushoitoon. (Göransson 2010, 455–456.)

Ensiapuna rannevammoissa on loukkaantuneen rauhoittaminen, kipeän raajan tukeminen liikkumattomaksi sekä hoitoon auttaminen. Apuvälineiksi raajan tukemiseen käy mikä tahansa äkkiä löydettävä apuväline, kuten lauta, keppi tai kaulaliina. Lasta on pehmustettava jotenkin lisävaurioiden välttämiseksi ja las-

tan tai tukikepin on oltava riittävän pitkä ja tukeva. Lastan pitää yltää reilusti vammautuneen nivelen yli. (Castrén ym. 2012d.)

Sormien vammat ovat murtumia tai nivelten venähdyksiä ja sijoiltaanmenoja. Nivelvamman tunnistaa siitä, että nivel alkaa turvota ja nivelen seutuun muodostuu mustelma ja sormea on kivuliasta liikuttaa. Ensiapuna käytetään kolmen K:n ohjetta, mikä tarkoittaa Kohoasentoa, Kylmää ja Kompressiota, eli puristusta. Vahingoittuneen raajan kohoasento vähentää verisuonten verenpainetta, ja sillä on vaikutusta verenvuodon vähenemiseen. Kompressio vähentää turvotusta ja vähentää tai estää verenvuotoa. Kipukohtaa voi potilas puristaa itsekin, mutta tukiside on parempi tapa hoitaa vammaa paikkaa. Kylmän tarkoitus on estää turpoamista ja sisäistä verenvuotoa sekä vähentää kipua. Kylmäksi käyvät lumi ja jää, ellei kylmäpakkauksia ole saatavilla. Kylmää annetaan puolen tunnin ajan kerrallaan, ja sitä uusitaan muutaman tunnin välein. (Castrén ym. 2012d.)

3.6 Ruhjeet ja mustelmat

Ruhjevammalla, ruhjoumalla tai ruhjoutumalla tarkoitetaan sellaista ulkoisen tekijän aiheuttamaa vammaa, jossa iho on säilynyt ehjänä, mutta ihonalaiskudoksiin on tullut verenvuotoa verisuonten repeytyessä (MOT dictionaries, 2013a). Tavallisimmin lihaksen ruhjevamma syntyy putoamis- ja kaatumistapa-turmissa, liikenneonnettomuuksissa sekä urheillessa erilaisissa joukkuepeleissä (Hoitonetti 2013). Ruhjevammojen nopealla ja oikeaoppisella ensiavulla pyritään vähentämään vammakohdan verenvuotoa ja turvotusta, supistamaan verisuonia, vähentämään kipua, sekä lievittämään paikallista tulehdusreaktiota. Ensiapu pohjautuu kolmen K:n hoito-ohjeisiin. (Parkkari, Kannus & Kujala 2013.)

Ruhjevamma voi myös tarkoittaa pinnallista ruhjevammaa eli asfaltti-ihottumaa, joka siis silloin rikkoo ihon pinnan, mutta ei ylety syviin kudoksiin. Pienet nirhaumat ja viiltohaavat sekä hiertymät ovat kotikonstein hoidettavissa. Likaisen haavan peseminen vedellä ja saippualla toimii hyvänä ensiapuna. Pesun yhteydessä haavasta poistetaan mahdollinen lika, hiekka ja tikut hankaamalla tai pin-

seteillä. Puhdistettu haava suojataan sidetaitoksilla tai teipillä. Haavaa tulee puhdistaa useamman päivän ajan, pari kertaa päivässä, jos siihen on jäänyt likaa. Esimerkiksi kantapäässä olevan rakkulan tai hiertymän päälle voi laittaa hydrokolloidilevyn. Se tulee antaa olla niin kauan paikoillaan, kun siinä on imukykyä. (Tukiainen, Suominen & Hietanen 2002, 123–124.)

Mustelma, sinelmä tai verenpurkauma aiheutuu kudoksen sisäisestä verenvuodosta ja muodostaa iholle tai limakalvolle täplän, joka on tuoreeltaan sinipunerva (MOT dictionaries 2013b). Kaikille ihmisille voi syntyä pienten traumojen yhteydessä mustelmia. Mustelmien muodostumisen herkkyys voi vaihdella eri ihmisillä (Mäkipernaa 2013). Trauman seurauksena syntyneen pelkän mustelman seurauksena ei tarvitse mennä lääkäriin. Lääkärin hoitoon voi joutua muiden vammojen takia. Mustelmat paranevat itsestään. Mustelma herkkyyttä lisäävät tulehduskipulääkkeet, joita ovat muun muassa aspiriini ja ibuprofeini. (Mustajoki 2013.)

3.7 Aivotärähdys

Aivovammojen, joihin lukeutuvat myös aivotärähdykset, esiintyvyydeksi on arvioitu Suomessa 15 000–20 000 tapausta vuosittain. Suurin osa on lieviä vammoja, esimerkiksi aivotärähdyksiä. Aivovamman seurauksena 1 000 henkilöä kuolee ja 4 000 saa pysyvän haitan vuosittain. Kuolleista puolet menehtyy tapaturmapaikalle. Aivovamma aiheutuu usein putoamisen tai liikenneonnettomuuden seurauksena, kuitenkin tavallisimmin kaatumisen yhteydessä. (Alaspää 2008, 294.)

Aivotärähdyksellä tarkoitetaan lieväasteista, iskun aiheuttamaa toiminnan häiriötä aivoissa. Lievässäkin aivotärähdyksessä kyse on aivojen vammasta. Lievään aivotärähdykseen ei liity tajuttomuutta, kouristuksia tai yli kymmenen minuutin muistinmenetystä. Lievä päänsärky ja satunnainen oksentelu ovat mahdollisia. Lievästä aivotärähdyksestä toipuminen on yleensä täydellistä ja jälkeivaivoja ei jää. Päänsärky, huimaus ja pahoinvointi voivat kestää joitakin päiviä. Vakavampaan aivotärähdykseen liittyy mahdollisesti kallonmurtuman merkkejä

tai kouristuksia, vaikka muistinmenetystä tai tajuttomuutta ei olisikaan. Näistäkin vammoista toivutaan yleensä hyvin, tosin sairaalaseuranta on tarpeen. Tajunnantason heikkeneminen, muut hermoston oireet, tai yli kymmenen minuutin tajuttomuus iskun jälkeen, liittyvät laajempaan aivovammaan, ja potilas kuuluu välittömään sairaalahoitoon. (Saarelma 2013.)

Ensiapuna päähän vammautuneella on hengityksen turvaaminen, tajunnantilan seuranta, sekä lisäksi tulee seurata muita mahdollisia oireita. Sairaalahoitoa vaatii autettava, jolla on jokin seuraavasti oireista, jota ei ollut ennen vamman tapahtumista: vaikeus pysytellä tajuissaan tai tajuttomuus, vaikeus ymmärtää kirjoitettua tekstiä tai puhetta, tunnon menetys, yleinen heikkous, verenvuoto korvasta, näön tai kuulon menetys tai musta silmä ilman silmään kohdistunutta vammaa. (Saarelma 2013.)

Lievä aivotärähdys hoituu kotioloissa, mikäli siihen ei liity tajuttomuutta eikä tajunnanhäiriötä. Kotona täytyy olla toinen henkilö, joka voi tarkkailla mahdollisesti tulevia muutoksia tajunnassa. Aivotärähdyksen saaneen nukkuessa, häntä on hyvä herätellä muutaman tunnin välein tajunnantason tarkastamiseksi. Jos vammautuneen tajunnan tasossa tapahtuu muutoksia, kuten sekavuutta, uneliaisuutta, voimakasta päänsärkyä tai oksentelua, hänet on toimitettava välittömästi sairaalahoitoon. (Saarelma 2013.)

3.8 Selkävammat

Selkään kohdistuvat vammat ovat aina vakavia, koska selkäydinvamma kolmannessa kaulanikamassa, kaularangan murtuman yhteydessä, voi aiheuttaa hengityshalvauksen ja kuoleman, ellei hengitystä avusteta ajoissa. Tiettyjen kaulanikamien tasolla selkäydinvamma selkärankamurtuman yhteydessä voi aiheuttaa käsien, jalkojen, vartalon tai koko kehon halvaantumisen. Selkävammat aiheutuvat yleisimmin autokolareissa, sukellusonnettomuuksissa tai putoamisen seurauksena. Selkäydin sijaitsee suojassa luisessa kanavassa, mutta sen murtuessa vamma on mahdollinen. (Väisänen & Lassus 2002, 626–627.)

Jos epäillään selkävammaa, autettavan liikuttelua on ehdottomasti vältettävä. Loukkaantuneen siirrossa on oltava useita henkilöitä, ja nostot ja liikuttelut pitää tapahtua yhtäaikaaisesti. Kaularankaa ja päätä tuetaan neutraaliasentoon ja loukkaantunut tuetaan selälleen makuuasentoon. Onnettomuustilanteessa ensiapuna on lisäävun hälyttäminen, hengityksen turvaaminen ja loukkaantuneen rauhoittaminen. Jos mahdollista, loukkaantunut pidetään lämpimänä. Kun loukkaantuneen perustoiminnot ovat kunnossa, kiirettä hoitoon ei ole. Hoitoon kuljetus täytyy tehdä ambulanssilla ja kuljetuksen pitää tapahtua tasaisesti ja rauhallisesti. (Väisänen & Lassus 2002, 628.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää PKuR:n jäsenille ensiapukoulutusta tutkittuun ja käytännössä hankittuun tietoon perustuen. Lisäksi halusimme saada tulevana sairaanhoitajina itsellemme lisäkokemusta erilaisten ryhmien ohjaamisesta ja kouluttamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada aikaan raportti tyypillisimmistä ratsastustapaturmista ja niiden ensiavusta aiempaa tilastotietoa hyödyntäen, ei uutta kvantitatiivista tutkimusta tekemällä.

Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa halusimme kouluttaa ratsastusseuran jäseniä toimimaan oikein onnettomuustilanteissa. Ensiapukoulutuksen tehtävänä oli parantaa seuran jäsenten ensiaputaitoja ja -tietämystä, koska oikein toimimalla voi pelastaa ihmisen hengen.

5 Opetus ja ohjaaminen sairaanhoitajan työssä

5.1 Opetus- ja oppimisprosessi

Periaatteita, joiden pohjalle opetus ja oppiminen rakentuvat, sanotaan opetusselliseksi periaatteiksi. Opetus koostuu useista osatekijöistä, joista tärkeimmät ovat opetusmenetelmä, opetussisältö sekä opetuksen tavoite. (Engeström 1992, 65–66.) Kun uutta tietoa rakennetaan entisen tiedon päälle ja opitaan sitä kautta, oppimista kutsutaan konstruktivistiseksi. Konstruktivismilla on ollut jo muutaman vuosikymmenen ajan keskeinen sija, kun käsitellään opetusta. Käsityksen eräs perusajatus on, että ihminen ei pysty todistamaan oman näkemyksen oikeellisuutta, vaan hän joutuu tekemään erilaisia arvioita ja käsityksiä asioista omaan harkintaan perustuen. Tähän ajatukseen perustuen jokaisen mielipiteitä ja käsityksiä on pyrittävä suvaitsemaan ja kunnioittamaan, koska tieto kehittyy ja ajan myötä näkemykset vaihtuvat. Omien näkemysten kyseenalaistaminen ja uusien ratkaisujen etsiminen on yksi konstruktivistien perusajatuksista. (Puolimatka 2002, 21–22.)

Oppimiseen vaikuttavia tekijöitä ovat lisäksi henkilön kulttuuri sekä ympäristö, missä oppiminen tapahtuu. Nykyaikaisen käsityksen mukaan oppimisprosessissa painottuvat vuorovaikutuksellisuus ja oppilaslähtöinen aktiivinen toiminta. Oppimisen keskeinen tarkoitus on antaa oppijalle valmiudet ammattitaidolle, ei niinkään valmiin tiedon antaminen. Parhaat oppimistulokset saavutetaan tekemällä ja itse kokemalla. Hyvään ja tulokselliseen oppimistulokseen voidaan vaikuttaa huomioimalla oppijan aiempaa kokemuspohjaa, kannustavan oppimisilmapiirin luomisella ja hyvällä suunnittelulla. Kokemuksellisuus voi aiheuttaa myös haasteita tilanteissa, missä oppijalla on ongelmia itsetunnossa tai minäkäsityksessä. Näissä tapauksissa voidaan ajautua käyttämään virheellisiä malleja ja voi syntyä väärinkäsityksiä. Oppimistilanteessa on tarpeellista käyttää asiantuntijuutta. (Peltonen 2004, 45–49.)

Tekeminen on kaiken oppimisen ydin. Oppimistavoitteet kyetään saavuttamaan, kun opetus tukee tehokasta oppimista. Teoriassa oppiminen jaetaan kolmeen

eri vaiheeseen. Ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa, oppimisen prosessissa, opitaan periaatteita tekemisestä, ja kun ne on opittu, taitoja harjoitellaan. Ohjaaja siirtyy vähitellen taka-alalle ja antaa palautetta ja luonnollisesti auttaa tarvittaessa. Tehtävien ja tekemisen on oltava sopivan haasteellista, mutta ei liian vaikeita. Kolmannessa vaiheessa oppija pyrkii hallitsemaan oppimaansa teoriaa ja on osittain valmis harjoittelemaan ja toimimaan oppimisympäristön ulkopuolella, käytännössä. Olennaista oppimisen kannalta on, että taitoja pääsee harjoittelemaan käytännössä, mahdollisesti jonkun kokeneemman henkilön tukemana. (Salakari 2007, 8–9.)

Opetuksen ja ohjaamisen suunnittelussa on huomioitava jo etukäteen muutamia asioita, että lopputulos on toivottu. Lähtökohtana on selkeä tavoitteellisuus, eli jo etukäteen määritellään asiat, mitkä oppijoiden pitää osata koulutuksen tai ohjauksen jälkeen. Ohjaajan on tärkeää miettiä, mitkä asiat ovat tiedontasolla hallittavia ja mitkä asiat täytyy osata myös käytännössä. Toinen asia on oppijälähtöisyys. Onnistuneessa ohjaustilanteessa ohjaaja tietää ja tunnistaa oppijoiden lähtötason ja huomioi sen. Muita olennaisia asioita ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa ovat oppijoiden motivoiminen, kouluttajien ammattitaito sekä ohjauksen käytännön toteutus. (Salakari 2007, 179–180.)

5.2 Vuorovaikutus osana työnkuvaa ja ohjausta

Sanakirjamääritelmissä korostetaan hoitajan asiantuntijuutta ja asiakkaan roolin passiivisuutta. Nykykäsitys puolestaan määrittelee ohjauksen niin, että asiakas on aktiivinen omassa ongelmassaan ja ratkaisujen miettimisessä. Ohjaustilanne on tasa-arvoinen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) ”Onnistunut vuorovaikutus on elävä prosessi, jossa yhdistyvät sanalliset ja sanattomat viestit” (Kaukkila & Lehtonen 2007, 31). Oppimiskokemus muodostuu paremmaksi, jos uusia asioita käsitellään yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa. Tarvitaan luottamusta, avoimuutta tilanteessa olijoiden kesken sekä vastuuta. Koettu ja opittu asia reflektoidaan niin, että voitaisiin välttää virheet ja väärä toimiminen käytännössä. Yhteistoiminnallisessa oppimisessä ryhmä joutuu pohtimaan yhdessä tekemäänsä asiaa, arvioimaan hyviä ja

huonoja puolia prosessissa sekä miettimään syytä tiettyyn toimintaan. Yhteistoiminnallinen oppiminen vahvistaa itsetuntoa, parantaa oppimista sekä kehittää yhteistyötaitoja. (Peltonen 2004, 49.)

Ohjaajan roolissa persoonallisuudella on keskeinen rooli: millaiset vuorovaikutustaidot hänellä on, hallitseeko hän ihmissuhdeasioita, onko hän tahdikas ja empaattinen ja miten hän sietää erilaisuutta. Ihmiset antavat myös palautetta, minkä vastaanottaminen vaatii oikeaa asennetta. Persoonallisuuden kehittämällä on merkitystä, vaikka kyseessä onkin varsin pysyvä ominaisuus. Työkavereiden ja kollegoiden tuki sekä keskustelut heidän kanssaan saadusta palautteesta, lisäävät itsetietoisuutta. Itseään pystyy kehittämään koulutuksilla, työnohjauksilla ja lukemalla kirjallisuutta. (Peltonen 2004, 102.)

Vuorovaikutusta ovat myös kuunteleminen, kosketus, havainnointi sekä hiljaisuus. Yleensä ajatellaan, että ohjaaja on asiantuntijana ohjaustilanteessa. Tietyt lait ja tehtävät määrittävät sosiaali- ja terveysalalla ohjauksen periaatteita, mutta asiantuntijat korostavat kuuntelemisen sekä kuulluksi tulemisen merkitystä. Koulutusmaailmassa sama malli toimii yhtä hyvin. Ohjaustilanne voidaan eritellään mukaisesti, mikä tilanteen tavoite on. Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa ohjaaja laatii kysymykset, määrittelee tilanteen etenemisen ja kontrolloi paikallaolevia. Joskus tilanne on kuitenkin sellainen, ettei ohjattava kykene toimimaan tasavertaisesti ohjaustilanteessa. (Kettunen, Laitinen-Mäkelä, Mäkelä & Vänskä 2011, 47–54.)

Asiakas muuttuu keskeiseksi tilanteen eteenpäin viejäksi, kun hän valitsee käsiteltävät asiat ja pyrkii johdattelemaan tilannetta. Toisin kuin edellä, asiakas on nyt asiantuntija ja ohjaaja kuuntelee ja pyrkii hahmottamaan tilanteen ja antamaan siihen ratkaisumalleja. Tilanne voi olla asiakkaan puolelta innokasta tiedonhakemista, mutta se voi olla myös asiakkaan omien oikeuksien puolustamista tai pettymyksen ilmaisemista hänen valittaessaan jostain kokemastaan tilanteesta. Voimakkaalla käytöksellä ja tilan hallinnoimisella asiakas pyrkii mahdollisesti kieltämään omia ongelmia tai siirtämään ikävän asian käsittelyä toiseen ajankohtaan. Ohjaajasta johtuva miellyttämisen halu tai epävarmuus voi myös johtaa siihen, että asiakas muuttuu asiantuntijaksi. (Kettunen ym. 2011, 54–56.)

Dialoginen vuorovaikutus perustuu tasavertaisuudelle ohjaajan ja asiakkaan välillä. Molemmilla täytyy olla suunnilleen samanlainen kyky toimia aktiivisesti ohjaustilanteessa, ja molemmat myös kuljettavat tilannetta ja käsiteltäviä asioita eteenpäin. Tilanteessa toistetaan käsiteltyjä asioita, joten kuuntelemisella ja kysymyksillä on suuri merkitys. Ohjaaja toimii asiantuntijana ohjaustyössä ja asiakas oman elämänsä kysymyksissä. Tilanne etenee yhteisymmärryksessä siihen perustuen, että molemmat pyrkivät saavuttamaan ratkaisun käsiteltävässä asiassa. Taitava ohjaaja tunnistaa ja pyrkii hallitsemaan erilaiset työtavat toimiessaan asiakastyössä keskusteluissa ja ohjaustilanteissa. Ohjaustyö ja vuorovaikutusta vaativat tilanteet onnistuvat paremmin, kun ohjaaja osaa käyttää oikeita työvälineitä paremmin. (Kettunen ym. 2011, 58–62.)

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa korostetaan hoitosuhteen luonnetta vuorovaikutussuhteena, joka perustuu potilaan ja hoitajan vahvaan keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoitaja ja potilas toimivat avoimesti keskenään, ja sairaanhoitajan pitää kyetä eläytymään potilaan osaan ja tilanteeseen. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

5.3 Motivoiva ja hyvä ohjaaja

Opiskelijaryhmä, asiakas tai potilas, on aina yllätys ohjaajalle. Ohjaajan vaarana on unohtaa perustehtävänsä, koska ryhmien kanssa toimiminen on tunnepitoista ja ryhmäläiset saattavat jopa kieltäytyä annetuista tehtävistä. Hyvä ohjaaja tunnistaa epätoivotut ilmiöt ja osaa ammattitaidollaan ohjata ryhmänjäseniä toivottuun suuntaan. Ohjaajan on aika ajoin muistutettava ryhmän tai kokoonpanon perusmerkityksestä, siitä minkä vuoksi ollaan yhdessä tai tehdään jotain. (Repo–Karento 2007, 69–75.)

Ohjaaja on malli ryhmälle tai asiakkaalle, mutta ei hänen tarvitse olla täydellinen. Tekeminen ja kokemus kasvattavat ohjaajaa rooliinsa. Tiedetyt ominaisuudet kuuluvat osana hyvän ohjaajan persoonaan. Empaattisuus auttaa ohjaajaa eläytymään aistinvaraisesti toisen ihmisen todellisuuteen. On tärkeää huomioida myös omat tunteet eri tilanteissa ja tunnistaa ne, ettei sekoita asiakkaan tilaa

omaansa. Ohjaajan aitous ja avoimuus huomataan helposti, ja niiden ominaisuuksien puuttuminen yhdistetään valitettavasti rehellisyyteen. Jos näissä ominaisuuksissa havaitaan epäsuhtaa, ohjaajan sanat ovat ristiriidassa tunteiden kanssa. Avoimuudella tarkoitetaan uusien asioiden kohtaamista, ei omien tai toisten asioiden julkista käsittelyä. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 58–60.)

Ohjaajan on kunnioitettava kohdettaan, yksittäistä asiakasta tai ryhmää, ja ymmärrettävä yksityisyyden tarpeet ja vastavuoroisuus läsnä olevien välillä. Tietty spontaanius tai jopa huumorin käyttö voi jossain ohjaustilanteessa pelastaa vaikeankin tilanteen. Ohjaajan on kyettävä käsittelemään vaikeitakin asioita sekä havainnoitava ryhmän tai yksilön toimintaa ja reaktioita. Ohjaaja ei saa antaa turhia lupauksia, eikä elättää toivoa tilanteessa, missä sille ei ole perusteita. Ohjaaja perustelee kantansa ja on etukäteen selvittänyt itselleen kunkin kyseessä olevan asian kokonaiskuvan. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 60–62.)

Ohjaajan tai ryhmänvetäjän ei tarvitse ottaa liikaa asioita kannettavakseen, vaan se kaikki, mitä yhdessä ryhmän tai asiakkaan kanssa on sovittu, riittää. Luottamuksen ja turvallisuudentunteen saavuttaminen edesauttaa toimivaa kommunikointia ja tekemistä ohjaajan ja ryhmän tai asiakkaan väillä. Ohjaajan tehtävänä on ryhmän ilmapiiristä huolehtiminen, ja jos siinä on havaittavissa ongelmakohtia, ohjaajan vastuulla on niihin reagoiminen. Jokaiselle ryhmän jäsenelle on mahdollistettava omien ajatusten ja mielipiteiden ilmaisemiseen turvallisesti. Yhteinen aihe yleensä tuottaa keskusteluja ja ajatuksia itsestään. Ohjaajan on huomioitava myös hiljaiset osallistujat ja tuettava heitä aktiiviseen vuorovaikutukseen ryhmässä. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 63–67.)

Ohjaaja tukee ryhmää avoimeen omatoimiseen keskusteluun, ilman ohjaajan johtamista. Hyvä ohjaaja tekee itsensä vähitellen taustahenkilöksi, ja ryhmän prosessit etenevät ryhmän sisäisen mallin mukaisesti. Ohjaaja kuitenkin huolehtii, että ryhmän asiat pysyvät ennalta sovituissa, eikä tarpeettoman suurta siirtymää muihin asioihin tapahdu. On muistettava, miksi ryhmä tai tapaaminen alun perin sovittiin. Ohjaaja joutuu tarkkailemaan myös omaa jaksamistaan ohjaajan roolissa, ja liikaan kuormaan on osattava reagoida hyvissä ajoin. Ohjaajakin tarvitsee tukea ja apua, että hänen voimavaransa eivät täysin lopu hänelle

annetussa tehtävässä. Ohjaaja ei ole terapeutti, vaan hänen ammattitaitoaan on ohjata asiakas tai ryhmäläinen, tarvittaessa, sellaisen avun piiriin. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 68–73.)

6 Opinnäytetyön toteutus ja työstä aiheutuneet kustannukset

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle vaihtoehtona on toteuttaa toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee koulutusalasta riippuen käytännön toiminnan opastamista, ohjeistamista tai toiminnan järjestämistä. Se voi olla esimerkiksi perehdyttämisopas tai messuosaston toteuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapana voi olla esimerkiksi tietylle kohderyhmälle suunnattu opas, kansio, cd-rom tai johonkin tilaan järjestetty tapahtuma. (Vilkka & Airaksinen 2002, 9.)

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksiosaisen kirjoitusprosessin. Ensimmäinen osio pitää sisällään ajankohtaisen teorian tiedon kirjoittamisen raporttimuotoon. Toisessa osiossa taas toiminnallista osuutta varten kerätään oleellisin asia jo kirjoitetun raportin pohjalta. Kirjoittaessa tulee ottaa huomioon muun muassa kohderyhmän ikä, asema sekä aiempi tietämys aiheesta. (Vilkka & Airaksinen 2002, 129.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö suunnattiin PKuR:n jäsenille, jotka halusivat oppia vapaa-ajallaan ensiaputaitoja. Koulutus tarjosi mahdollisuuden vapaaehtoiseen ja ilmaiseen lisäkouluttautumiseen loukkaantumisriskin alaisessa harastuksessa.

6.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä sekä toimintaympäristö

Suomen ratsastajainliiton hyväksymillä ratsastuskouluilla tulee ratsastusta opettavilla henkilöillä olla voimassa Suomen Punaisen Ristin ensiapukurssi 1. Lisäksi tulee olla Suomen Punaisen Ristin ensiapukurssi 2 suoritettuna, jos talli toimii taajama-alueen ulkopuolella tai tallilta järjestetään maastoratsastusta. (Suomen Ratsastajainliitto 2014.) Ratsastusta opettavilla henkilöillä on ensiapuvalmiudet toimia onnettomuustilanteessa, mutta itse suurimmalla joukolla, eli harrastajilla, ei ole velvoitetta suorittaa ensiapukoulutusta. PKuR:n jäsenille ei ole aikaisemmin järjestetty vastaavanlaista ensiapukoulutusta (Hiltunen 2014). Theseukselta hakusanoilla ”ensiapu” ja ”ratsastus” löytyi 49 osumaa, mutta työn aiheiden perusteella vain yksi opinnäytetyö oli varsinaisesti ratsastusseuralle suunnattua ensiapukoulutusta, joka oli tehty hoitotyön koulutusohjelmassa opiskelevan opiskelijan työnä.

PKuR:n jäsenet ovat harraste- tai kilparatsastajia, ja heitä on noin 300 (Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajat 2014). Seuran jäsenten ikä jakauma on juniori ratsastajista kokeneisiin seniori ratsastajiin ja heidän koulutustausta on moninainen. Heitä yhdistää vapaa-ajalla hevoset ja ratsastus (Hiltunen 2014). Koulutuskutsussa (liite 2) korostettiin, että aiempia ensiaputaitoja ja -tietämystä ei tarvitse olla, joten kaikki aiheesta kiinnostuneet ovat tervetulleita. Koulutukseen ilmoittautumiset pyydettiin sähköpostitse. Sähköpostitse saatiin kahdeksan ilmoittautumista.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin Hevosurheilukeskus Jokirannassa, seuran toimitalolla, osoitteessa Jokirannantie 30 c, 80710 Lehmo. Tila on vuonna 2013 kunnostettu seuran koulutus- ja kilpailukäyttöön. Toimitalolla pystyy järjestämään kahdenkymmenen hengen ryhmille koulutusta. Edellisenä päivänä vietiin koulutuksessa tarvittava materiaali toimitalolle ja saatiin opastus toimitalon käyttöön. Koululta saatiin lainaan videoprojektori, jonka kautta saatiin valkoiselle seinälle heijastettua kurssia varten tehty diaesitys (liite 4). Pöytiä siirtelemällä saatiin lisätilaa käytännön harjoittelun ajaksi.

6.4 Opinnäytetyön eteneminen ja ensiapukoulutuksen toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön aihevalintaan vaikutti molempien mielenkiinto kouluttaa ensiapua sekä harrastukset, jotka liittyvät ratsastukseen sekä ensiapupäivystykseen. Maaliskuussa 2013 oltiin ensimmäisen kerran yhteydessä tulevan toimeksiantajan PKuR:n silloiseen puheenjohtajaan Anu Puhakka-Tanskaseen. Hänen mielestään ensiapukoulutuksen järjestäminen oli hieno idea ja seura lupasi toimia toimeksiantajana opinnäytetyössämme. Toukokuussa 2013 ilmoittauduimme opinnäytetyön tekijöiksi ja teimme aihe-suunnitelman, jonka yliopettaja Erja Moore hyväksyi.

Kesällä 2013 ei työstetty raporttia, vaan vasta elokuussa 2013 alettiin kerätä työhön teorian tietoa. Opinnäytetyön teorian tieto perustuu yleisiin ensiapuohjeisiin, tilastollisiin tapaturmatietoihin sekä ratsastuksenopettajille suunnattuihin puhe- linhaastatteluihin. Tutkimuksellisen teorian tiedon ollessa koottuna, aihetta lähdettiin rajaamaan siten, että koulutuksen aiheiksi valittiin hätäensivun ja onnettomuuspaikalla toimimisen lisäksi neljä ensiapua vaativaa tapaturmaa. Hätäensivussa aiheita olivat tajunnan tarkastaminen, ilmateiden avaaminen, tajuttoman kylkiasento ja aikuisen peruselvytys. Muut käsiteltävät aiheet olivat toiminta onnettomuuspaikalla sekä murtumien, aivotärähdysten, ruhjeiden ja mustelmien ensiapu sekä selkään vammautuneen auttaminen. Ensivun lisäksi tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä suuressa roolissa oli kouluttaminen ja ohjaaminen. Tarvittavaa teorian tietoa hankittiin opetus- ja oppimisprosesseista, vuorovaikutuksellisesta ja motivoivasta ohjauksesta.

Lokakuussa tavattiin opinnäytetyön toimeksiantaja, PKuR:n nykyinen puheenjohtaja, Mirkka Hiltunen, ja allekirjoitettiin toimeksiantosopimus sekä sovittiin koulutuksen ajankohta ja – paikka, sekä kuinka koulutuksesta informoidaan seuran jäseniä. Tehtiin koulutustapahtumaan kutsu, joka julkaistiin seuran Internet-sivuilla sekä seuran sosiaalisen median sivuilla. Opinnäytetyötä työstettiin siten, että marraskuussa 2013 opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin. Teorian tiedon ollessa koottuna, oli helppoa tehdä koulutuksessa oppimateriaalina käytettävä diaesitys. Tammikuussa 2014 PowerPoint-ohjelmalla tehty diaesitys oli

valmis. Pari viikkoa ennen koulutusta aikataulutettiin koulutuksen kulku kolme tuntia kestäväälle koulutukselle ja jaettiin keskenään koulutettavat aiheet.

Ensiapukoulutus pidettiin lauantaina 18.1.2014 PKuR:n toimitalolla Jokirannassa. Koulutukseen osallistui kymmenen seuran jäsentä. Koulutustapahtuma aloitettiin itsemme esittelyllä ja päivän aikataulun selvittämällä. Valokuvaamiseen kysyttiin lupa ja kerrottiin, mihin kuvia tullaan käyttämään. Koulutus aloitettiin pitämällä yhden tunnin ja 15 minuutin pituinen teoriaosuus käsiteltävistä aiheista. Tämän jälkeen pidettiin kahvitauko, jonka jälkeen aloitettiin teorian tietoon perustuvat käytännön harjoitteet. Jokainen harjoitteli vuorollaan Anne-nukella aikuisen peruselvytystä. Kurssilaiset harjoittelivat pareittain tajuttomuuden toteamista ja tajuttoman kylkiasentoon kääntämistä. Murtumien ensiapua ja kantositeen laittoa harjoiteltiin myös.

Osallistujien kierrettyä kaikki harjoitteet, jotka toteutettiin kouluttajien ohjaamina, koulutettavien joukosta valittiin kolme vapaaehtoista, jotka pääsivät toimimaan seuraavassa harjoitteessa autettavan roolissa. Muut kurssilaiset toimivat auttajan roolissa, sekä yksi heistä toimi kuviteltuna hätäkeskuspäivystäjänä. Kerrottiin autettaville heidän roolinsa, joita olivat tajuton, olkapäähän loukkaantunut ja tilanteesta pelästynyt ja järkyttynyt ihminen. Auttajille alkutiedoiksi kerrottiin tilannekuvaus, jonka jälkeen he pääsivät toimimaan koulutuksessa saatujen oppien mukaan. Harjoitteen jälkeen käytiin yhdessä tilanne läpi. Lopuksi koulutettavilta kerättiin palaute koulutuksesta palautelomakkeella (liite 3). Viimeisenä asiana pyydettiin palautelomakkeella tieto, että heitä on saanut valokuvata ja että valokuvia saa käyttää opinnäytetyöseminaarin diaesityksessä.

Koulutuksen jälkeen jäimme siistimään tilat ja tarkastelemaan koulutuksesta saatua palautetta. Tämän jälkeen palkitsimme itsemme ja kävimme syömässä ravintolassa. Koulutuksen jälkeen molemmilla oli helpottunut olo, koska yli puoli vuotta tehty työ oli saatu konkretisoitua toteuttamalla ensiapukoulutus.

Koulutuksen jälkeisinä viikkoina työstimme opinnäytetyötä siten, että se oli tiivistelmää vaille valmis ja saimme luvan esittää työn opinnäytetyöseminaarissa 11.3.2014. Seminaarissa oli noin kymmenen opiskelijaa kuuntelemassa esitys-

tämme. Seminaaritilanne oli vapautunut ja kuuntelijat kyselivät työstämme aktiivisesti. Ennen seminaaria olimme toimittaneet opinnäytetyön alkutarkastukseen äidinkielenopettajalle. Seminaarin jälkeisenä päivänä aloimme korjata äidinkielenopettajan sekä vertaisarvioijan antamia korjausehdotuksia. Aloitimme englanninkielisen tiivistelmän kirjoittamisen heti, kun saimme tiedon, että suomenkielinen tiivistelmä oli hyväksytty. Huhtikuun alkupäivinä teimme viimeiset korjaukset opinnäytetyöhön ja jätimme opinnäytetyön lopputarkastukseen 11.4.2014.

6.5 Koulutuksesta saatu palaute ja itsearviointi

Koulutukseen osallistuneilta kerättiin palautetta palautelomakkeella. Lomakkeessa oli kahdeksan kysymystä ja arviointiasteikko 1–5 sekä vapaan sanan mahdollisuus. Palaute analysoitiin laskemalla jokaiselle arvioitavalle kohdalle keskiarvo. Arvosana 1 tarkoittaa heikointa ja arvosana 5 parasta arviota. Koulutukseen osallistujien antaman arvion mukaan heidän omat ensiaputaitonsa olivat ennen koulutusta 2,0. Diaesityksen ulkoasusta keskiarvoksi muodostui 3,5 ja käytännön ja teorian suhteesta 4,3. He, jotka osallistuivat auttajan roolissa toimimiseen ”onnettomuustilanteessa”, antoivat itselleen keskiarvoksi 3,4, ja kaikista käytännön harjoitteista keskiarvoksi muodostui 4,1. Kouluttajien opetus-taidoista ja asiantuntemuksesta keskiarvoksi tuli 4,5, ja koulutustapahtuma kokonaisuudessaan sai keskiarvoksi 4,4. Viimeisenä ja mielenkiintoisena kysymyksenä haluttiin saada tietoa koulutukseen osallistujien ensiaputaidoista koulutuksessa käytyjen aiheiden osalta, keskiarvona 3,5.

Sanallisessa palautteessa saimme vastaukseksi muun muassa ”Kiva koulutus, hyvin tarpeellinen.” ”Hyvä koulutus, hyvä ulosanti kummallakin.” ”Hyvä esitys, opin paljon uutta.” ”Kiva tapahtuma ja opin paljon.”

Mielestämme koulutus sujui suunnitellusti. Pysyimme hyvin aikataulussa. Saimme aikaan vuorovaikutuksellista keskustelua esittämällä koulutukseen osallistujille kysymyksiä ja kyselemällä heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan ensiaputilanteista. Harjoitteissa muistimme antaa koulutukseen osallistujille aikaa toimimiseen, koska he vasta harjoittelivat ja tekivät ensiapuasioita ensim-

mäistä kertaa. Kerroimme, että ensiavun antaminen on sellainen taito, että sen oppii vain tekemällä, harjoittelemalla ja kertaamalla.

Palautteen keskiarvojen perusteella onnistuimme hyvin. Palautteissa olisi voinut olla vapaan sanan kohdalla laajemmin arviota kouluttamisesta, mutta on monta syytä, miksi sellaista ei onnistuttu saamaan. Ensinnäkin kohderyhmä saattoi olla ensimmäistä kertaa vastaavassa koulutuksessa, eikä osannut arvioida sitä, millaista sen olisi pitänyt olla. Toisekseen saattoi olla mahdollista, että osallistujat joutuivat antamaan ensimmäistä kertaa palautetta jostain asiasta. Palautteissa vastattiin hyvin lyhyesti ja tarkasti lomakkeen kysymyksiin, mutta ei käytetty vapaan sanan mahdollisuutta.

6.6 Kustannukset

Opinnäytetyöhön liittyvät kustannukset pyrittiin pitämään mahdollisimman alhaisina. Kumpikin työsti opinnäytetyötä kotonaan ja vuoroin pidettiin yhteisiä palaveria koululla tai toistemme luona. Näin myös matkakustannukset pysyivät molemmilla samansuuruisina. Opinnäytetyössä käytetty lähdemateriaali oli ilmaista. Koulutustilaisuuteen saatiin Karelia-ammattikorkeakoululta lainaan, peruselvytyksen harjoittelua varten Anne-nukke sekä puhdistusvälineet. Koululta lainattiin myös videoprojektorin diaesityksen heijastamista varten.

Murtumien sitomiseen käytettiin jokaisen omia kaulahuiveja, liinoja ja päällystakkeja. Näin sidostarvikkeistakaan ei tullut kustannuksia. Mahdollisuuksien mukaan pyrittiin koululla hoitamaan isojen tiedostojen tulostaminen, ettei paperin kulumisen lisäksi tullut enää mustekustannuksia. PKuR:n toimitalon saimme veloituksetta koulutuskäyttöön, ja he järjestivät myös kahvitarjoilun koulutukseen.

7 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka perustelee ja kuvaa hyväksyttyä tapaa tehdä valintoja elämiseen ja toimimiseen maailmassa muiden kanssa. Etiikka auttaa valitsemaan oikean ja väärän välillä. Koska etiikka ei anna valmiita vastauksia, se mahdollistaa kulttuurilliset erot valintojen suhteen. Terveystieteiden ammattilaisille korostuvat yhteiset ammatilliset arvot, jotka korostavat ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta sekä terveyden edistämistä. (Tutkimiseettinen neuvottelukunta 2001.) Ensiapukoulutuksen yhteydessä tulee eteen varmaan useita eettisiä kysymyksiä, joihin ei voi antaa selkeää vastausta, esimerkkinä Uskallanko mennä auttamaan hevosen selästä tippunutta ratsastajaa, vai odotanko lisääpua? Aiheutanko lisävahtia omalla toimimisella autettavalle?

Lähteiden alkuperään ja oikeaan tietoon täytyy suhtautua kriittisesti, vaikka kyseessä näyttäisi olevan luotettava lähde (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,189). Tutkimusmenetelmien kirjoitustarkkuus ja yksityiskohtainen selostus aiheesta lisäävät tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 261).

Haastatteluista saatava tietoa pitää osata analysoida erityisen kriittisesti, johtuen haastateltavan mahdollisista rooleista ja tarkoituksista. Haastateltavalla voi olla mielestään velvoitteita esiintyä tietyllä tavalla siten, että täyttäisi moraalisen tai sosiaalisen roolinsa. (Hirsjärvi ym. 2009, 206–207).

Eettisyys toteutui mielestämme koko ensiapukoulutuksen ajan suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin asti. Haastateltavilta ratsastuksenopettajilta kysyttiin halukkuutta osallistua haastatteluun ja tietojen antoon. Puhelinkeskustelussa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja selvennettiin mihin heidän antamiaan tietoja käytetään. Koulutuksen aikana kurssilaisia valokuvattiin ja jokaiselta kysyttiin etukäteen lupa valokuvaamiseen ja sama asia kysyttiin myös kirjallisena. Valokuvat, joita otimme päivän aikana, hyödynnetään ainoastaan opinnäytetyöseminaarissa, liitettynä diaesitykseen. Osallistuminen järjestämäämme koulutukseen oli täysin vapaaehtoista, emmekä laatineet minkäänlaisia rajoituksia osallistumiseen. Emme käyttäneet myöskään arpomista tai muita valintakriteereitä. Koulutustilaan oli maksuton pääsy. Luotettavuutta lisäsi myös se, että palautelomak-

keen keskiarvojen laskeminen annettiin kurssin ulkopuolisen henkilön tehtäväksi. Kerroimme kaikille osallistujille koulutuksen alussa, että kyseessä on meidän opinnäytetyöhömme liittyvä koulutus. Kerroimme myös, ettei meidän ole mahdollista kirjoittaa virallisia todistuksia kurssin käymisestä, vaikka ensiapuohjeet ovatkin Suomen Punaisen Ristin ohjeiden mukaisia.

8 Pohdinta

Teoriapohjan työellemme muodostivat jo olemassa oleva opinnäytetyö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimus sekä ratsastusopettajien puhelinhaastattelut. Koemme, että työssämme käytetyt tutkimukset olivat riittävän laajoja tähän opinnäytetyöhön. Toteutettujen tutkimusten pohjalta pystyimme hankkimaan työhömme juuri ne osa-alueet tapaturmista, loukkaantumisista ja diagnooseista, jotka koimme hyödyllisiksi työssämme. Tutkimukset eivät olleet liian laajoja, ja niiden hankkimiseen ja läpi käymiseen käytimme mielestämme kokonaistuntimäärään nähden sopivasti aikaa. Puhelinhaastatteluilla ratsastuksenopettajilta saatu tieto oli samansuuntaista tutkimustiedon kanssa. Samalla puhelinhaastattelut antoivat hyvää käytännön lisänäkemystä tutkimustietoon.

Lähde-aineistoa opinnäytetyöhön tuli mielestämme paljon. Pyrimme siihen, että lähteet olivat mahdollisimman tuoreita, alkuperäisiä sekä tunnetun julkaisijan julkaisuja. Painettuja ja Internet-lähteitä työssämme on suunnilleen saman verran. Tiedon hankkiminen eri lähteistä ei tuottanut vaikeuksia, mutta tiedon uudelleen kirjoittaminen siten, että kieliopillisesti lauseet rakentuivat oikein, aiheutti ajoittain haasteita.

Yhteistyö eri tahojen kanssa opinnäytetyön edetessä onnistui hyvin. Pääsääntöisesti yhteyttä pidettiin sähköpostin välityksellä. Joitakin nopeita asioita oli helppo hoitaa puhelimella.

Ammatillisessa mielessä opinnäytetyön tekeminen prosessina antoi ymmärrystä siitä, kuinka pitkäaikaista ja laajaa prosessia täytyy suunnitella. Pitää toimia laajakatseisesti, aikatauluttaa tiukasti ja ottaa oppia tekemistään virheistä. Opin-

näytetyö oli pitkäjänteinen prosessi, jossa piti osata antaa aikaa prosessoida asioita mielessä, vaikka aina ei paperille saanutkaan mitään aikaiseksi. Tehtyjen tuntien määrää oli hankala seurata, koska työtä mielti ja suunnitteli muuallakin kuin tietokoneen ääressä. Koulutustilaisuudesta sai hyvää kokemusta tulevaan työelämään ohjaamisen ja opettamisen osa-alueelta. Saimme tuntumaa siitä, kuinka ryhmien koulutus ja ohjaus eroaa yksilöohjauksesta. Haasteelliseksi ensiapukoulutuksen suunnittelemisen ja toteuttamisen teki se, että harrastajat ovat hyvin eri-ikäisiä ja heillä on hyvin erilaiset perusvalmiudet onnettomuustilanteissa toimimiseen. Lisäksi todellisissa onnettomuustilanteissa on todennäköisesti mukana kookkaita hevosia, joiden käyttäytyminen saattaa olla arvaamaton.

Olemme tätä työtä tehdessämme pohtineet, olisiko mahdollista, että uusiahevosharrastajia velvoitettaisiin tai ainakin heille suositeltaisiin ja markkinoitaisiin osallistumista jonkinlaatuiseen ensiapukoulutukseen. Ensiapua kouluttavien yhteisöjen pitäisi suunnata ensiapukoulutuksia eri harrastusryhmille. Ratsastusseura voisi esimerkiksi kerran vuodessa järjestää vapaaehtoisen ensiapukoulutuksen seuran jäsenille.

Lähteet

- Alaspää, A. 2008. Tajuttomuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Port-han, K. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Tammi, 289–302.
- Aro, H. & Kettunen, J., 2010. Luunmurtumat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.). Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 211–236.
- Bartolomeos, K., Branche, C., Hyder, A., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Peden, M., Rahman, AKM F. & Rivara, F. 2008. World report on child injury prevention. World Health Organization.Unicef.
- Björkenheim, J-M, Paavola, M., Pajarinen, J., Sinisaari, I. & Savolainen, V. 2010. Yläraajan vammat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.). Traumatologia. Helsinki: Kandi-daattikustannus Oy, 431–450.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012a. Ensiapu osana hoitoketjua. Duo-decim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00002. 17.10.2013.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012b. Hengityksen, verenkierron ja ta-junnan häiriöt. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00005. 17.10.2013.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012c. Peruselvytys. Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00006. 17.10.2013.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012d. Tuki- ja liikuntaelinvammat. Duo-decim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008. 17.10.2013.
- Engeström, Y. 1992. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Göransson, H. 2010. Ranteen vammat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.). Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 451–470.
- Haikonen, K. & Parkkari, J. 2010. Liikuntatapaturmat. Teoksessa Haikonen, K. & Lounamaa, A. (toim.). Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009: Kansallisen uhritutkimuksen tuloksia. Helsinki: Yliopistopaino, 27–34.
- Hiltunen, M. 2014. Puheenjohtaja. PKuR. Haastattelu 18.1.2014.
- Hiltunen, T. 2002. Tajunnan heikkenemisen syyt. Teoksessa Castrén, M., Kin-nunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.) Ensihoidon perusteet. Helsinki: Suomen Punainen Risti, 341–347.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustan-nusosakeyhtiö Tammi.
- Hoitonetti. 2013. Lihaksen ruhjevamma.
http://www.hoitonetti.fi/sairaudet/lihaksen_ruhjevamma/. 29.10.2013.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirur-gisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

- Kallio, P.E. 2010. Kasvuikäisten tukikudosvammat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J.(toim.) Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 619–670.
- Kallio–Ratilainen, R. 2013. Ratsastuksenopettaja, yrittäjä. Joensuun ratsastusopisto. Puhelinhaastattelu 28.8.2013.
- Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitseville. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Vänskä, K. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita
- Kinnunen, A. & Kurola, J. 2002. Elvytys. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.). Ensihoidon perusteet. Helsinki: Suomen Punainen Risti, 281–309.
- Kinnunen, S. 2013. Ratsastuksenopettaja, yrittäjä. Hepokankaan ratsutila. Puhelinhaastattelu 30.8.2013.
- Korte, H. & Myllyrinne, K. 2010. Ensiapu. Espoo. Suomen Punainen Risti, 9–18.
- Kurola, J. 2009. Aikuisen ja murrosikäisen elvytys. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. (toim.) Ensihoitoparas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–11.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Käypä hoito – suositus. 2011 Elvytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi17010#s3>. 17.10.2013.
- Levonen, M. & Miettinen, J. 2009. Ratsastustapaturmat ja turvallisuus talleilla. Haaga–Helia Ammattikorkeakoulu, Liiketalouden koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Martikainen, J. 2013. Ratsastuksenopettaja, yrittäjä. Jokirannan ratsastuskoulu. Puhelinhaastattelu 30.8.2013.
- MOT dictionaries. 2013a. Mot lääketiede 2.0a. Ruhjevamma.
<http://mot.kielikone.fi.tietopalvelu.karelia.fi/mot/P-Karjalanamk/netmot.exe?motportal=80>. 29.10.2013.
- MOT dictionaries. 2013b. Mot lääketiede 2.0a. Mustelma.
<http://mot.kielikone.fi.tietopalvelu.karelia.fi/mot/P-Karjalanamk/netmot.exe?motportal=80>. 29.10.2013.
- Mustajoki, P. 2013. Mustelmat. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00049. 29.10.2013.
- Mustonen, L. 2013. Ratsastuksenopettaja, yrittäjä. Kantelesärkän talli. Puhelinhaastattelu 28.8.2013.
- Mäkipernaa, A. 2013. Mustelmat, petekiat ja purppura. Lääkäriin käsikirja. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00379&p_haku=mustelma. 29.10.2013.
- Parkkari, J., Kannus, P. & Kujala, U. 2013. Liikuntavammat ja niiden ehkäisy. Lääkäriin käsikirja.
http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01390&p_haku=ruhjevamma%20ja%20ratsastus. 29.10.2013.

- Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammateissa. Helsinki: Tammi.
- Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajat. 2014. Seura.
<http://www.pkur.fi/services>. 3.2.2014.
- Puolimatka, T. 2002. Opetuksen teoria. Helsinki: Tammi.
- Repo-Karento, S. 2007. Innostu ryhmästä. Miten ohjata oppivaa yhteisöä. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Ruuskanen, O., Saxén, H. & Mertsola, J. 2013. Kuumeisen lapsen arviointi.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/564699d5-5055-4e8c-aba0-55dd6f150afe>. 17.10.2013.
- Saarelma, O., 2013e. Aivotärähdys ja pään vammat (aikuiset). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00641. 24.10.2013.
- Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2007. Ensiapuopas. Jyväskylä: Cummerus kirjapaino Oy.
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. 3.2.2014.
- Salakari, H. 2007. Taitojen opetus. Ylinen: Eduskills Consulting.
- Suomen Punainen Risti yhteistyössä Sisäasiainministeriön pelastusosaston ja Suomen Pelastusalan Keskusjärjestön kanssa. 2012. Kodin turvaopas-verkkopalvelu jokaiselle suomalaiselle.
http://turvaopas.pelastustoimi.fi/lyhyt-ensiapuopas.html#nain_autat_tajutonta_hengittavaa_henkiloa. 17.10.2013.
- Suomen Ratsastajainliitto. 2014. Turvallisuus.
http://www.ratsastus.fi/ratsastuskoulut_ja_tallit/talliyrityksille/turvallisuus. 3.2.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Piste tapaturmille! Tapaturman määrittely.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/tietoa-tapaturmista/tapaturman-maarittely. 17.10.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Tapaturmat suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen taakka.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=11463, 2.2.2014
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.
<http://www.tenk.fi/fi/ohjeet-ja-julkaisut/ammattieettisi%C3%A4-ohjeistuksia>. 24.10.2013.
- Tukiainen, E., Suominen, S. & Hietanen, H. 2002. Traumaattinen haava. Pienten traumaattisten haavojen hoito. Teoksessa Hietanen, H., Iivainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. Haava. Helsinki: WSOY, 117-135.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2002. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Virkkunen, I., 2008. Sairaalan ulkopuolinen sydänpysähdys. Tampereen yliopisto. Väitöskirjareferaatti.
www.finnanest.fi/files/virkkunen_sairaalan.pdf. 17.10.2013.
- Väisänen, O. & Lassus, J. 2002. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. (toim.). Ensihoidon perusteet. Helsinki: Suomen Punainen Risti, 629–638.

Väyrynen, T. & Kuisma, M. 2008. Sydänpysähdys ja elvytys. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Tammi, 188–228.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja

Organisaation nimi: Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajat
Toimeksiantajan edustaja: Mirkka Hiltunen
Osoite: Jokirannantie 30 C, 80710 Lehmo
Puhelinnumero: 050 371 1607
Sähköposti: mirkkahiltunen@hotmail.com

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot

Koulutusohjelma: Hoitotyö
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et): 1101593 Marjaana Waris
1100041 Outi Nenonen
Puhelinnumero: 040 419 3005, 040 843 6316
Sähköposti: marjaana.waris@edu.karelia.fi, outi.nenonen@edu.karelia.fi

Toimeksiantajan sitoumukset

Koulutuspaikka: Jokirannan toimitalo, kahvitarjoilu

Opiskelijan sitoumukset

Ensiapukoulutuksen järjestäminen lauantaina 18.1.2014

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa

Ohjaaja(t):
Sami Arola

Opinnäytetyön julkisuus

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset

Päiväys

30.10.2013

Päiväys

30.10.2013

Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Outi Nenonen Marjaana Waris

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Mirkka Hiltunen

Koulutuskutsu

Osaatko toimia onnettomuustilanteessa?
Tiedätkö, kuinka elvytetään?
Tiedätkö, mitkä ovat tyypillisimmät ratsastustapaturmat?
Haluatko oppia ensiaputaitoja?

Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajat toimii toimeksiantajana, kun Karelia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat toteuttavat opinnäytetyönä ensiapukoulutusta seuran jäsenille aiheena

TYYPILLISIMMÄT RATSASTUSTAPATURMAT JA NIIDEN ENSIAPU
- ensiapukoulutusta Pohjois-Karjalan Urheiluratsastajille
LAUANTAINA 18.1.2014
KELLO 11-14
JOKIRANNAN TOIMITALOLLA

Varaa kalenteristasi aikaa ainutlaatuiseseen ja ilmaiseen ensiapukoulutukseen. Kurssille mahtuu 20 ilmoittautunutta.

Ilmoittautumiset sähköpostiin marjaana.waris@edu.karelia.fi tai outi.nenonen@edu.karelia.fi viimeistään 9.1.2013 mennessä.

PS. Jokaisen on hyvä hallita ensiapua, joten tule rohkeasti mukaan. Koulutuksessa käydään perusasioita läpi, aiempaa kokemusta tai osaamista ei tarvitse olla.

Palautelomake

PALAUTELOMAKE

**TYYPILLISIMMÄT RATSASTUSTAPATURMAT JA NIIDEN ENSIAPU –
ENSIAPUKOULUTUSTA POHJOIS-KARJALAN URHEILURATSASTAJILLE
LAUANTAINA 18.1.2014 KLO 11-14**

Olisitko ystävällinen ja täyttäisit palautelomakkeen.
Laita rasti ruutuun.

- 1= heikko
2= kohtalainen
3= keskinkertainen
4= hyvä
5= kiitettävä

	1	2	3	4	5
Arviosi omista ensiaputaidoistasi ennen koulutusta					
Arviosi PowerPointin ulkoasusta					
Arviosi käytännön ja teorian suhteesta					
Arviosi käytännön harjoittelusta					
Arviosi toimimisestasi "onnettomuustilanteessa"					
Arviosi kouluttajien opetustaidosta ja asiantuntemuksesta					
Arviosi koulutustapahtumasta kokonaisuudessaan					
Arviosi omista ensiaputaidoista koulutuksessa käytyjen aiheiden osalta					

Vapaa sana:

Kiitos osallistumisesta koulutustapahtumaan!

Tyypillisimmät ratsastustapaturmat ja niiden ensiapu

18.1.2014

Marjaana Waris

Outi Nenonen

30.1.2014

Ensiapu

- Toimia, joita tehdään loukkaantuneen pelastamiseksi onnettomuuspaikalla
- Tapattu ilman apuvälineitä
- Esimerkiksi murtumien tukemista, haavojen sitomista, tarkkailua, rauhoittamista, kylmältä suojaamista

10.1.2014
Margareta Wern & Outi Heiskanen

Hätäensiapu = Henkeä pelastavaa ensiapua

- Pelastetaan ihmisen henki
- Tajunnan tarkastaminen
- Hengityksen tarkastaminen
- Runsaan verenvuodon tyrehdyttäminen
- Uhkaavien sokin oireiden tarkastaminen
- Huolehditaan ammatillavun paikalle saaminen
- Estetään autettavan tilan heikkeneminen

10.1.2014
Margareta Wern & Outi Heiskanen

Uhkaavan hätätilanteen merkkejä

- Runsas verenvuoto
- Reagoimattomuus puhutteluun
- Autettava ei hengitä
- Verenkierron merkit puuttuu

10.1.2014
Margareta Wern & Outi Heiskanen

Tapaturma

- Äkillinen
- Tahaton
- Odotamaton

→ Loukkaantuminen tai jopa menehtyminen

10.1.2014
Margareta Wern & Outi Heiskanen

Tyypillisimmät ratsastustapaturmat

- Vuonna 2009 17 000 ratsastustapaturmaa
- Naisten osuus 16 000
- Miesten osuus 1000
- Yleisimmät vammat kaikissa lajeissa
 - Nyrtähdykset ja venähdykset
 - Lhasrepeamat ja sijoittaan menot
 - Rujheet ja mustelmat
 - Luunmurtumat

10.1.2014
Margareta Wern & Outi Heiskanen

Tyypillisimmät ratsastustapaturmat

- Suurin ikäryhmä 11-20 -vuotiaat
- Pää, polvi, kämmenet, sormet, olkapää ja lantion pehmytkudokset ovat tyypillisimpiä ruumiinosia, joihin vamma sattuu
- Rujheet, murtumat ja venähdykset tyypillisimpiä diagnosoiseja

10.1.2014
Margareta Wern & Outi Heiskanen

Toiminta onnettomuuspaikalla

- Tee nopeasti tilannearvio; mitä on tapahtunut
- Selvitä loukkaantuneen tila; hengittääkö
- Auta, avaa ilmatiet
- Hälytä apua
- Toimi saamiesi ohjeiden mukaan
- Rauhoita ja varoita
- Älä poistu paikalta ennen kuin loukkaantunut on saanut apua

10.1.2014

Margareta Wernström & Outi Nieminen

Tajunnan tarkastaminen

- Puhuttele äänekkäästi
- Ravistele
- Jos ei reagoi → soita yleiseen hätänumeroon 112
- Tajuttomuus tarkoittaa tilaa, jossa ihminen ei reagoi ulkomaailmasta tuleviin ärsykkeisiin

10.1.2014

Margareta Wernström & Outi Nieminen

Ilmateiden avaaminen

- Käännä potilas selälleen
- Taivuta päätä taaksepäin
- Avaa ilmatiet
- Selvitä hengittääkö autettava
- Likkuuko matakahä?
- Onko hengitys normaalia vai epänormaalia?
- Tutustuuko ilmavirtaus?

10.1.2014

Margareta Wernström & Outi Nieminen

Miksi on tärkeää, että ihminen hengittää?

- Happi kulkee keuhkoista sydämen kautta verenkierron mukana muualle elimistöön
- Jos ihmisen solut eivät saa hapetta ne alkavat tuhoutua ja niihin aiheutuu vaurioita
- Aivokudoksen solut sietävät hapettomuutta heikokimmin ja aivot saattavat vaurioitua jo 4-6 minuuttia sydänpysähdyksestä

10.1.2014

Margareta Wernström & Outi Nieminen

Kylkiasento

- Ihminen, joka ei reagoi puhutteluun, mutta hengittää normaalisti ilmateiden avaamisen jälkeen, käännetään kylkiaseentoon hengitysteiden aukiolon turvaamiseksi

10.1.2014

Margareta Wernström & Outi Nieminen

Peruselvytys

- Elvytyksen tarkoituksena on käynnistää pysähtynyt sydän
- Sydänpysähdyksellä tarkoitetaan sitä, että sydäimestä on loppunut mekaaninen toiminta tai sydämessä voi olla vielä hallitsematonta toimintaa, joka ei riitä veren kierrättämiseen elimistössä

10.1.2014

Margareta Wernström & Outi Nieminen

- Ranteenalueen murtumat ovat umpimurtumia ja niiden paranemisenuste on hyvä
- Rauhoita potilasta ja tue kipeä raaja liikkumattomaksi
- Apuvälineiksi raajan tukemiseen käy mikä tahansa äkkiä löydettävä apuväline, kuten lauta, keppi tai kaulaliina
- Lasten pitää yltää reilusti vammautuneen nivelen yli
- Auta potilas hoitoon

18.1.2014

Margareta Wern & Outi Nieminen

20

- Sormien vammat ovat murtumia, taikka nivellen venähdyksiä ja sijoittaanmenoja
- Nivelvamman tunnistaa siitä, että se alkaa turvota ja nivelen seutuun muodostuu mustelma ja somea on kivullista liikuttaa
- Ensiapuuna käytetään kolmen K:n ohjetta, mikä tarkoittaa **Kokouksentuloa**, **Kylmää** ja **Kangaspuvusta**, eli puristusta

18.1.2014

Margareta Wern & Outi Nieminen

21

Ruhje

- Tavallisimmin iihaksen ruhjevamma
- Iho säilynyt ehjänä
- Ihonalaiskudoksiin kudoksiin tullut verenvuotoa verisuonten repeytyessä
- Ensiapu: Kolmen K:n hoito
 - Tavoitteena vähentää vammakohtaan turvotusta ja vuotoa, verisuontien supistuminen ja kiun helpottuminen

18.1.2014

Margareta Wern & Outi Nieminen

22

Ruhje

- Pinnallinen ruhjevamma eli asfaltti-ihottuma
 - Rikkoo ihon pinnan
 - Ei ylety syviin kudoksiin
 - Ensiapu: Pesu vedellä ja saippualla, puhdistaminen liasta. Suojaaminen sidetaitoksella tai teipillä

18.1.2014

Margareta Wern & Outi Nieminen

23

Selkävamma

- Vakavia → halvaantumisen riski
- Potilaan liikuttelu on ehdottomasti vältettävä lisävahinkojen välttämiseksi
- Turvaa hengitys ja rauhoita potilasta
- Pidä potilas lämpimänä
- Kutsu ambulanssi

18.1.2014

Margareta Wern & Outi Nieminen

25

Mustelma

- Aiheutuu kudoksen sisäisestä verenvuodosta ja muodostaa iholle tai limakalvoille täplän, joka on tuoreeltaan väriltään sinipunerva
- Pelkkä mustelma ei vaadi lääkärikäyntiä
- Paranevat itsestään

18.1.2014

Margareta Wern & Outi Nieminen

24

